

**PERCEPCIÓN DE URGENCIA DE LOS PADRES DE PACIENTES DE LA
UNIDAD DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE –
HUV-**

LUCY JIMENA TORO TORRES

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS
ESPECIALIZACION EN GESTIÓN PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI**

2019

**PERCEPCIÓN DE URGENCIA DE LOS PADRES DE PACIENTES DE LA
UNIDAD DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE –
HUV-**

Lucy Jimena Toro Torres

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Gestión Pública

Asesor:

Diego Javier Gómez Calderón

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS
ESPECIALIZACION EN GESTIÓN PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI**

2019

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

La presente monografía indaga sobre la percepción que tienen los padres o acudientes de menores de edad sobre la atención recibida en la unidad de urgencias pediátricas del Hospital Universitario del Valle – HUV. Se pudo comprobar una percepción aceptable frente a los servicios prestados, y la alta incidencia que tienen las condiciones socioeconómicas, educativas y culturales en la percepción misma del servicio. Lo anterior define líneas claras de intervención del HUV, principalmente en definir políticas de atención con calidad y humanización, que se ajusten a los objetivos de la institución y a la normatividad reciente del Ministerio de Salud colombiano frente al tema.

Palabras clave: Urgencias médicas, calidad, humanización, pediatría, percepción

ABSTRACT

This monograph investigates the perception of parents or guardians of minors about the care received in the pediatric emergency unit of the Hospital Universitario del Valle - HUV. It was possible to verify an acceptable perception regarding the services provided, and the high incidence of socioeconomic, educational and cultural conditions in the perception of the service itself. The aforementioned defines clear intervention lines of the HUV, mainly in defining care policies with quality and humanization, that adjust to the objectives of the institution and the recent regulations of the Colombian Ministry of Health regarding the issue.

Keywords: Medical emergency, quality, humanization, pediatrics, perception

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1.1 Enunciado del problema de investigación	11
1.1.2. Formulación del problema de investigación	14
1.1.3. Sistematización del problema de investigación	14
1.2. JUSTIFICACIÓN	14
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3.1. Objetivo general	15
1.3.2. Objetivos específicos	15
2. MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO	17
2.1. CRITERIOS BÁSICOS PARA INTERPRETAR EL PROBLEMA	17
2.1.1. Demandas y necesidad de salud	17
2.1.2. Definición de Urgencia	19
2.1.3. Medicina de urgencias	21
2.1.3.1. <i>Historia de la Medicina de Urgencias</i>	21
2.1.4. Problemática actual de los departamentos de emergencia	23
2.1.5. Saturación de los departamentos de emergencia	23
2.1.6. Triage	25
2.1.7. Uso inadecuado de los DE	25
2.1.8. La gestión de la calidad en salud	27
2.1.8.1. <i>Atención integral en salud</i>	27
2.1.8.2. <i>Calidad y Humanización</i>	28
2.1.8.3. <i>Atributos de calidad</i>	32
2.1.9. Breve Reseña Histórica Hospital Universitario del Valle – HUV	34
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.1. Enfoque de la investigación	36
3.2. Diseño de la Investigación	36

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
3.3. Alcance de la Investigación	36
3.4. Identificación de Variables	36
3.5. Población y muestra	36
3.6. Criterios de selección	36
3.7. Plan de recolección de datos	37
3.8. Plan de análisis	37
4. PERCEPCIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS – URGENCIAS PEDIATRICAS HUV	38
CONCLUSIONES	48
BIBLIOGRAFIA	50

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Desafíos en la prestación de servicios de salud de la población menor de edad	12
Tabla 2. Edad de la madre	39
Tabla 3. Edad del padre	39
Tabla 4. Escolaridad de la madre	39
Tabla 5. Escolaridad del padre	40
Tabla 6. Acudió a otro Centro de Atención	41
Tabla 7. Sitio de atención en lugar de acudir a la emergencia	43
Tabla 8. La emergencia es el mejor lugar de atención	43
Tabla 9. Acude a la emergencia, aún con cita en un consultorio médico	43
Tabla 10. Su hijo tiene una enfermedad que necesita atención urgente	43

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Atributos de calidad. Fuente. Anexo Técnico del MinSalud	33

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Edad de los pacientes	38
Gráfico 2. Acompañante del paciente	38
Gráfico 3. Acompañante del paciente	40
Gráfico 4. Razones para acudir/no acudir a un Centro de Atención Primaria	41
Gráfico 5. Pacientes beneficiarios o conocedores de serlo de algún régimen de salud	42
Gráfico 6. Razón para acudir a la Emergencia del HUV	42
Gráfico 7. Destino del paciente / percepción de urgencia	44
Gráfico 8. Relación entre la percepción de urgencia y la edad el paciente	44
Gráfico 9. Relación entre la percepción de urgencia y el acompañante del paciente	45
Gráfico 10. Percepción de urgencia y condición de consulta	45

INTRODUCCIÓN

Las Empresas Prestadoras de Salud, tienen el reto de asegurar la calidad en la prestación del servicio en diferentes áreas, que para este documento se priorizará en el servicio de urgencias pediátricas.

Desde esta perspectiva, el presente trabajo tiene como propósito indagar sobre la percepción de los servicios pediátricos prestados en el Hospital Universitario del Valle del Cauca – H.U.V.-, principalmente aquellos que se desarrollan en el área de urgencias. Una urgencia o emergencia es un acontecimiento o situación repentina que ponen en peligro la vida o salud del paciente y por lo tanto, requieren de una acción inmediata, esto sumado, a que la población atendida son infantes o menores de edad, complejiza el contexto de atención.

El paradigma de investigación gira entorno sobre las acciones a implementar en el proceso de atención en la prestación del servicio de pediatría del Hospital Universitario del Valle, Evaristo García; principalmente en el área de urgencias pediátricas. Dichas acciones deben garantizar la calidad del servicio y la humanización del mismo.

El H.U.V. ha iniciado la implementación del programa *Humanización de la Atención en Salud del H.U.V.*, el cual incorpora la atención humanizada en la prestación de servicios de salud. Su éxito depende de la participación activa de directivos y líderes de los procesos. Al igual que la aplicación detalla de actividades específicas en concordancia con las líneas de acción de la política y con los estándares de acreditación.

De acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud colombiano, se debe implementar el anexo técnico sobre calidad y humanización de la atención a nivel nacional, por lo tanto, se adopta para el H.U.V. en su área de pediatría, incorporando toda la oferta institucional de la Gobernación del Valle del Cauca al servicio de los pacientes.

1. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Enunciado del problema de investigación

Toda enfermedad es un evento connatural al ciclo de vida del ser humano, que en un *Estado de Derecho* debe ser atendido de manera oportuna, con calidad y un alto sentido humano. Según la gravedad misma que recrea toda enfermedad, la prestación del servicio es desarrollada por entidades prestadoras del servicio de salud, que en Colombia se clasifican en:

- EPS (Entidad Promotora de Salud): Tiene como función afiliar, administrar y promover la salud de los pacientes.
- IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios): Tienen como función prestar efectivamente los diferentes servicios de salud a los pacientes afiliados en las EPS.

Adicionalmente, en algunos casos de enfermedad podrá ser necesario la atención en centros de salud, y presentarse la necesidad de atención ambulatoria o requerir el proceso de hospitalización que posibilite la recuperación de la salud y la preservación de la vida o el tratamiento que garantice al menos condiciones de calidad de vida o enfrentar de manera digna la terminación y paso a otros estados, aspectos que son vividos de manera particular según la historia personal, edad y desarrollo psíquico y contexto familiar.

Uno de los grandes retos en la prestación de servicios de salud se centra en la población infante y adolescente, ya que recrea complejidades de tipo comunicacional, principalmente, para el efectivo diagnóstico de las enfermedades. La tabla 1, describe algunos de los principales desafíos a la hora de la prestación de servicios a dicha población.

Tabla 1. Desafíos en la prestación de servicios de salud de la población menor de edad.

<i>Cambios en el rol parental</i>	<ul style="list-style-type: none">• Desconocimiento de los cuidados que precisa su hijo hospitalizado• Desconocimiento de lo que deben y/o pueden hacer• Sentimientos de inutilidad y falta de control
<i>Preocupaciones sobre la enfermedad y los procedimientos médicos</i>	<ul style="list-style-type: none">• Falta de información acerca del tratamiento médico aplicado, sus riesgos, efectos secundarios, posibilidades de curación, etc.• Necesidad de seguridad acerca de la idoneidad de los cuidados
<i>Ansiedad generada por el comportamiento del niño</i>	<ul style="list-style-type: none">• Dolor y ansiedad del paciente infantil• Cambios en su comportamiento: mayor demanda de atención, comportamientos regresivos, etc.
<i>Trato con el personal sanitario</i>	<ul style="list-style-type: none">• Comunicación médico-paciente-padres• Reacciones de paternalismo o de falta de interés
<i>Preocupaciones relacionadas con la alteración de la rutina diaria</i>	<ul style="list-style-type: none">• Desatención a los demás hijos• Dificultades económicas• Incumplimiento de las obligaciones cotidianas

Fuente: Construcción propia, 2019.

Los niños en edad escolar, presentan reacciones similares a las anteriormente mencionadas y además pueden considerar la enfermedad y la hospitalización como un castigo recibido por sus malas acciones y pensamientos (Ponce, 1993). En general, los niños pequeños presentan retrasos en su desarrollo psicomotor, conductas regresivas como la pérdida del control de esfínteres, de autonomía e inactividad y manifiestan temores a las pérdidas corporales, las mutilaciones y la muerte. Además, para ellos, el tiempo de hospitalización resulta interminable y definitivo.

Los adolescentes por su parte, perciben la enfermedad y la hospitalización como “eventos amenazantes que van en detrimento de su autonomía, y de aquí se derivan sus reacciones de agresividad, negación y rechazo a los tratamientos médicos” (Serrano, 2000, p. 996). En

todos los casos, la enfermedad y la hospitalización son sentidas como rupturas en el curso normal de la vida, a nivel personal, familiar, escolar y social.

La enfermedad y la necesidad de una hospitalización también tienen efectos significativos para el grupo familiar. Es inevitable la presencia de sentimientos como angustia, confusión, pánico e impotencia y culpa en algunos casos. La dinámica de las relaciones familiares se ve alterada, deben hacerse ajustes forzosos y continuar con la vida a pesar de la enfermedad (Sclinager, 1984). Según lo anterior, es de suma importancia fortalecer la implementación de sistemas de atención en salud con calidad y enfocados en la humanización, de acuerdo a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud colombiano.

El Ministerio de Salud Colombiano establece que “el Estado, la sociedad y la familia tienen la responsabilidad de gestionar la garantía del derecho a la salud de las mujeres gestantes, las niñas, los niños y adolescentes, en todos los entornos en donde se desarrollan - hogar, salud, educación y espacio público-. Uno de los instrumentos de política que viabiliza la garantía de estos derechos es la Ruta Integral de Atención. La gestión de esta ruta, por la obvia interdependencia e indivisibilidad de los estructurantes de la atención, se realiza en el ámbito de lo intersectorial con diversos actores sociales” (MinSalud, página web institucional, 2019). Desde esta perspectiva, se deben identificar los factores actuales que deben fortalecerse al interior del área de pediatría del H.U.V., puesto que esta institución de salud pública, atiende al suroccidente colombiano.

Desde el orden departamental, la administración liderada por la Dra. Dilian Francisca Toro Torres, Gobernadora del Valle del Cauca, estableció en el plan de desarrollo 2016-2019 “El valle está en vos” línea de acción del pilar equidad y lucha contra la pobreza; el cual está conformado por cinco líneas de acción, que agrupan las variables claves seleccionadas estratégicamente, entre ellas está la línea primera infancia, infancia, adolescencia y juventud; que optimiza los resultados de la política pública de esta población en el Valle del Cauca, con la finalidad de generar la capacidad de privilegiar las necesidades e intereses de los niños, adolescentes y jóvenes en cada etapa y en todos los niveles del desarrollo.

1.1.2. Formulación del problema de investigación

Según los elementos descritos anteriormente, el problema de investigación es: ¿Cuáles son las acciones a implementar para garantizar la calidad y humanización de la atención en la prestación del servicio de pediatría a nivel de urgencias, en el Hospital Universitario del Valle?

1.1.3. Sistematización del problema de investigación

¿Cuál es el marco normativo que define los protocolos de atención con calidad y humanizada en el área de urgencias pediátricas en Colombia?

¿Cuál es la percepción que tienen los acompañantes de los pacientes frente al servicio prestado en el área de urgencias pediátricas en el HUV?

¿Qué acciones se pueden implementar para optimizar la calidad y humanización de la atención en el área de urgencias pediátricas del H.U.V., buscando dar respuesta a las necesidades de los pacientes?

1.2. JUSTIFICACIÓN

En los casos de hospitalización en el grupo poblacional de primera infancia, infancia y adolescencia se han presentado casos en las entidades prestadoras del servicio de salud, que han ocasionado la morbilidad o mortalidad, por fallas en la prestación del servicio. En otros casos la prestación del servicio ha sido sin considerar aspectos de calidad y humanización. Debido a las constantes fallas y a los indicadores de calidad del servicio, el Ministerio de Salud presentó a consideración de los diferentes actores del sistema una serie de instrumentos para su implementación.

El Modelo Servqual, por ser este un modelo flexible, validado para Latinoamérica, cuyo enfoque está orientado a la evaluación integral de la calidad. Se reitera la importancia de prestar siempre un servicio con calidad y evaluarla no solo desde la satisfacción del usuario sino también desde lo que le precede: la organización, administración y gestión de los procesos. El impacto esperado es el aseguramiento de la calidad en la atención en salud; contribuir a procesos de auditoría y de acreditación en salud y caracterizar la dinámica en la atención en salud; generando planes de mejoramiento articulados al plan general.

La atención en salud desde el enfoque de derechos se entiende como parte del derecho a la salud. La normatividad en Colombia la definió como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. No obstante, además de atender los anteriores elementos en el marco de la atención integral de las niñas, niños y adolescentes, la atención en salud trasciende los establecimientos de salud para llevarlos a todos los entornos en donde ellas y ellos se desarrollan, logrando incidir en las prácticas de los diversos actores en cada entorno.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Analizar la situación de calidad y humanización de la atención y prestación del servicio de Pediatría, a nivel de urgencias, en el Hospital Universitario del Valle.

1.3.2. Objetivos específicos

- Reconocer el marco normativo que define los protocolos de atención con calidad y humanizada en el área de urgencias pediátricas en Colombia.

- Analizar la percepción que tienen los acompañantes de los pacientes frente al servicio prestado en el área de urgencias pediátricas en el H.U.V.
- Definir acciones que permitan optimizar la calidad y humanización de la atención en el área de urgencias pediátricas del H.U.V., buscando dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

2. MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO

2.1. CRITERIOS BÁSICOS PARA INTERPRETAR EL PROBLEMA

En la actualidad, los servicios de emergencia son un eslabón fundamental en la cadena del sistema de salud, ya que constituye el primer contacto que tienen los pacientes con los servicios de atención médica. En dichas unidades se atienden pacientes con múltiples condiciones, las cuales van desde enfermedades que representan un riesgo para la vida hasta problemas menores que pueden ser tratados en un área de atención primaria.

En Estados Unidos e Inglaterra, muchos estudios han examinado las causas de estas visitas no-urgentes, y se identificó que un tercio de estas visitas inadecuadas a los Departamentos de Emergencia (en adelante DE) pediátricos se debían a una interpretación errónea de la severidad de la enfermedad, por parte de los padres (Kalidindi, Mahajan & Sethurama; 2010). Para lograr comprender las razones por las que se acude a un DE, es importante comprender la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en la toma de decisiones relacionadas con la salud y la enfermedad.

2.1.1. Demandas y necesidad de salud

Las demandas de salud son la expresión de las necesidades de salud por la persona, la familia y la comunidad. Estas pueden ser espontáneas, cuando surge de necesidades percibidas o inducida, cuando resulta de situaciones no necesariamente percibidas por la población (Kalidindi, Mahajan & Sethurama; 2010). En relación a lo anterior, la necesidad de salud es el conjunto de requerimientos de carácter biológico, psicológico, social y ambiental que tienen la persona, su familia y la comunidad para proteger, recuperar, mejorar y mantener su salud así como alcanzar una condición saludable deseable. Lo anterior está determinado por tres factores:

“a. Necesidad de salud individual. Es el principal factor predictor del uso de los DE. Está determinado por la morbilidad del paciente y por accidentes y traumas. Los estados

de salud precarios, como aquellos pacientes con enfermedades crónicas, se asocian con un mayor número de visitas a las salas de emergencia. Así como también pacientes con abuso de drogas o alcohol.

b. Percepción individual. La demanda de los servicios de emergencia se asocia con múltiples percepciones individuales. La que se identifica con mayor frecuencia como razón para acudir a un DE es la severidad percibida de la enfermedad, se refiere a la sensación que tiene el paciente sobre el grado de urgencia de su enfermedad, la cual depende tanto de las creencias como de los conocimientos que tenga sobre qué es una emergencia. Otros factores individuales que influyen para acudir a una sala de emergencia se encuentran la percepción que la persona tenga sobre la calidad de atención, los síntomas que percibe en el momento y la percepción de conveniencia, ésta última hace referencia a la facilidad con la que el paciente puede buscar y acceder a los servicios de salud, incluidos el transporte, la distancia y el tiempo que le toma para llegar a un centro de atención.

c. Factores Sociales. El crecimiento demográfico y cambios en la economía se asocian con aumento en el uso de los DE. Los cambios climáticos estacionales, los desastres naturales y los brotes de enfermedades epidémicas también tienen un alto impacto en la demanda de estos departamentos.” (Kalidindi, Mahajan & Sethurama; 2010; p. 36).

La necesidad de salud se ve influenciada, a su vez por otros factores, los cuales son:

a. Factores predisponentes. Estos factores son los que participan en la transición entre la percepción de salud que tenga un paciente y la acción de buscar un servicio de salud.

- Edad: el uso de los DE varía en diferentes grupos etarios, teniendo dos picos principales, en infantes menores a dos años y las personas de la tercera edad. Se ha observado con mayor frecuencia que en menores de 2 años las visitas a salas de emergencia se dan por situaciones no urgentes. En adolescentes y adultos jóvenes la principal causa de atención se relaciona con situaciones traumáticas y en adultos mayores por condiciones médicas crónicas.

- Género: El género masculino es un predictor independiente tanto para visitas frecuentes como repetidas en el DE. Además éste género se asocia con mayor frecuencia con visitas a los DE por situaciones no urgentes, y generalmente identifican las salas de emergencia como su fuente primaria de atención.
- Seguro Médico de Salud: en Estados Unidos donde se cuentan con múltiples seguros de salud, éste se relaciona con múltiples patrones del uso de los DE y se considera un factor predictor independiente del uso frecuente de éstos servicios de emergencia.
- Estado Socioeconómico: Muchos estudios asocian un estado socioeconómico bajo con un aumento en la probabilidad individual del uso de los DE. El ser indigente, divorciado(a), viudo(a), bajos ingresos económicos, también se asocian con mayor uso de las emergencias.
- Nivel educativo: puede influir en la toma de decisión sobre acudir a un DE. Entre mayor sea el nivel educativo, mayor será la probabilidad de acudir a una sala de emergencia. Al aumentar el nivel educativo, la persona se hace más consciente de sus necesidades de salud y por lo tanto puede buscar ayuda inmediata cuando así lo requiera.

b. Factores políticos. las políticas de salud afectan como un individuo utiliza de los sistemas de salud, por que definen la manera en que se proporcionan estos servicios de salud, además determina la ubicación y el número de hospitales y también determinan la disponibilidad de otros servicios alternativos.

2.1.2. Definición de Urgencia

Una urgencia o emergencia es un acontecimiento o situación repentina que ponen en peligro la vida o salud del paciente y, por lo tanto, requieren de una acción inmediata. Es necesario hacer la diferencia entre una urgencia real y la percepción de urgencia del sujeto o urgencia sentida. Se define como urgencia real, toda condición médica de instalación súbita que pone en riesgo la vida, un órgano o la función, y que requiere de una atención inmediata. En cambio, urgencia sentida es aquel padecimiento que el usuario considera debe ser atendido

de manera inmediata aun cuando los factores que lo motivan sean múltiples, pero que no ponen en peligro la vida o la función de un órgano.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) define Urgencia como “la aparición fortuita, imprevista e inesperada en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” (p. 28). Asimismo, establece que la urgencia es “aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en un máximo de 6 horas” (p. 29).

La definición de urgencia más aceptada, es la condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata. Esta definición incluye una idea muy importante a la hora de valorar una urgencia, la posible consecuencia perjudicial e incluso vital para el paciente si no se pone tratamiento inmediato, aspecto muy importante desde el punto de vista asistencial.

Las Urgencias se pueden clasificar en función del nivel de gravedad, en tres niveles:

1. Demandas que no exigen cuidados ni tratamientos inmediatos y pueden ser diferidas a la atención primaria habitual. Se consideran como demandas de atención primaria fuera de horario, bien por falta de conveniencia para el paciente, o por insuficiencia del centro para atender a todas.
2. Urgencia no vital, también denominada no grave. Es problema de salud que requiere algún tipo de actuación diagnóstica o terapéutica urgente, pero que no supone una amenaza importante para la vida ni para la función. Dicha asistencia no requiere cualificación especial ni tecnológica por lo que puede ser resuelta en atención primaria.
3. Urgencia vital, emergencia, o urgencia verdadera. Existe un peligro inmediato para la vida del paciente, para órganos o funciones vitales, o de secuelas graves si no recibe atención cualificada sin demora. (H.U.V., 2014).

2.1.3. Medicina de urgencias

La práctica de la medicina se caracteriza por ser una actividad en la que se toman diariamente muchas decisiones que requieren una gran cantidad de información, y a la vez, una comunicación fluida y rápida entre esta información y los profesionales sanitarios que la necesiten.

Habitualmente, la medicina de urgencias es una actividad multidisciplinar que sirve de enlace entre los niveles de atención primaria y de atención hospitalaria, como doctrinal, al integrar conocimientos y técnicas procedentes de diferentes especialidades aplicándolos durante el periodo de evolución del proceso, en su fase aguda. La Medicina de urgencias es el área de la medicina que se ocupa de la atención a las urgencias y emergencias médicas, docencia, investigación y prevención de las condiciones urgentes y emergentes. Incluye la organización de la asistencia sanitaria en caso de catástrofe de cualquier índole.

2.1.3.1. Historia de la Medicina de Urgencias

La medicina de urgencia surge desde que existe el hombre, pues siempre ha habido lesiones o enfermedades agudas que han requerido tratamiento de forma inmediata, en especial las que amenazan la vida, o la integridad del individuo. Ante esta realidad el hombre ha tenido que desarrollar sus conocimientos médicos a lo largo de su existencia, este conocimiento médico se ha diversificado en una forma exponencial, generando la necesidad de la especialización médica.

Cada especialista ha aprendido a atender y manejar las urgencias que a su especialidad conciernen; sin embargo, no así las urgencias que ocurren fuera del ámbito de su especialización. Esto distingue al médico de urgencias, que debe ser capaz de diagnosticar y tratar cualquier tipo de urgencia, ya sea médica o traumática, independientemente de la edad, sexo, nivel socioeconómico del paciente.

A nivel hospitalario los DE, fueron conocidos por muchos años como la *tierra de nadie*, eran atendidos por los médicos menos experimentados y capacitados, como residentes de menor

jerarquía, médicos internos y en algunos lugares incluso estudiantes de medicina. Las guerras históricamente han sido caldo de cultivo del avance en las ciencias médicas. Durante la Segunda Guerra Mundial, pero en especial durante y después de los conflictos de Corea y Vietnam se obtuvieron avances muy importantes en la atención médica de lesionados, esto llevó a pensar que sería beneficioso aplicar los conocimientos adquiridos durante los conflictos bélicos para la atención prehospitalaria y hospitalaria a nivel civil en época de paz. A partir de entonces se empezó a reconocer que se debía contar con personal sanitario especializado en la atención de las urgencias, en especial del trauma, además de equipo médico y vehículos que cubrieran ciertos estándares mínimos.

Durante el siglo XX los avances científicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y la aplicación de las técnicas asistenciales y métodos organizativos ensayados durante los conflictos bélicos, condujeron, a finales de los 60, a la puesta en marcha de dispositivos específicos destinados a la asistencia cualificada extrahospitalaria. Todos estos cambios son muy recientes si los comparamos con la historia de la humanidad, y motivó que en países como Canadá, Australia, Inglaterra, México se implantara la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias. En otros países europeos como Francia y Alemania, no existe aún dicha especialidad, pero si hay Servicios específicos y personal sanitario involucrado y destinado a la atención urgente y emergente. En la actualidad nos encontramos con dos modelos de entender y organizar los Servicios de Urgencias en el entorno occidental:

Modelo Angloamericano: implantado en Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y el Reino Unido. Inicia su desarrollo en Estados Unidos a principios de 1970 y su elemento conceptual básico es la continuidad de los cuidados mediante la integración de los sistemas extra e intrahospitalarios. En este modelo la medicina de urgencias se inicia en el ámbito prehospitalario, los cuidados son iniciados por personal paramédico, y se continúa en los servicios de urgencias de los hospitales, donde los médicos les proporcionan la asistencia definitiva: “Los pacientes son llevados al hospital”.

Modelo francogermano: es el más extendido en la mayoría de los países de la Unión Europea. Está implantado en Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Rusia y Suecia. A diferencia del modelo angloamericano “el hospital es llevado al paciente”: médicos y tecnología son llevados al lugar donde se encuentra el paciente con la intención de prestarle un alto nivel de cuidados antes de que éste llegue al hospital. En el nivel prehospitario los médicos proporcionan la mayoría de los cuidados y allí mismo los pacientes son clasificados para ser admitidos directamente en los servicios especializados correspondientes.

2.1.4. Problemática actual de los departamentos de emergencia

Los DE constituyen una realidad única y difícil de comparar con del resto de servicios asistenciales de un hospital. Esto se debe a que en primer lugar, debe permitir el acceso de salud durante las 24 horas del día, los 365 días del año, y asegurando que la calidad de atención sea de manera homogénea. Además, debido a que es el usuario quien decide cuando acudir a dicha área, no es posible realizar una programación ordenada de las evaluaciones de los pacientes. Otros factores que podría favorecer a la saturación de las emergencias, es poca disponibilidad de camas en áreas de hospitalización, de manera que el paciente debe permanecer en dicha área por periodos más prolongados, hasta poder disponer de un cupo.

2.1.5. Saturación de los departamentos de emergencia

Aun no se ha logrado establecer con exactitud una manera de valorar el grado de saturación de un DE. Existen ciertos indicadores que podrían demostrar la masificación de los DE:

- El tiempo promedio de espera mayor a una hora.
- El 100% de las camas de urgencias permanecen ocupados por más de 6 horas al día.
- El personal de salud tiene la sensación de sobrecarga por más de 6 horas continuas al día.
- La cantidad de días por año, en los que no hay disponibilidad de camas en el hospital para ingresar al paciente.
- Si transcurren más de 4 horas entre la orden de ingreso y su colocación en una cama en sala de hospitalización,

- La cantidad de pacientes en espera de ser evaluados en urgencias y que debido a ello, finalmente deciden abandonar el hospital sin ser atendidos.

En los últimos 20 años, en todos los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, se ha producido un incremento de la utilización de los DE, y por lo tanto esto favorece a su saturación o masificación, incluso por pacientes que podrían haber sido evaluados en otros centros de atención.

La saturación de los DE dificulta la atención adecuada de aquel paciente con condiciones salud en que el tiempo de inicio de su tratamiento es crucial o que su diagnóstico se vea retrasado; por lo tanto esto se relaciona directamente con morbilidad creciente, además podría favorecer el error humano, incrementar la mortalidad hospitalaria, e incrementar la estancia hospitalaria. También se reduce la satisfacción del usuario, aumentando su inconformidad, el número de quejas y a la larga, eleva el número de pacientes que abandonan los DE sin ser atendido.

Esta saturación, no solo afecta al usuario, sino también a los facultativos y el resto del personal de salud, desmotivándolos, con aumento en las cifras de Síndrome de burnout y además ejerciendo su profesión de una manera defensiva.

El creciente fenómeno de masificación lleva en numerosas ocasiones a un desequilibrio entre la demanda y los recursos, lo cual condiciona que los pacientes que acuden al DE no sean atendidos de forma inmediata. Este tiempo de espera que se genera puede empeorar el pronóstico de algunos estados clínicos que, en otras condiciones, se habrían beneficiado de una atención más rápida. La situación descrita, ha impulsado que en los últimos años se estén desarrollando sistemas de clasificación de los pacientes que buscan un ordenamiento de los mismos de forma más justa, es decir, que los pacientes que más lo necesitan sean valorados antes y los que puedan esperar sin riesgo puedan ser reevaluados durante su espera.

El triaje es por tanto un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su grado de urgencia, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el DE, y que hace que en una situación de desequilibrio demanda / recursos secundaria a la masificación de los servicios, los pacientes más urgentes sean tratados los primeros.

2.1.6. Triage

Por deficiencias, mala información o poca cultura, el servicio de emergencias es demandado para atención de todo problema de salud que no pueda ser atendido en otras unidades médicas, ya sea por falta de citas en consulta externa, por comodidad para no hacer espera, o por el hecho de que en ese momento se cuente con el tiempo disponible para acudir a consulta, lo que provoca que la sala de urgencias siempre se vea abarrotada por pacientes que en la mayoría de los casos no son urgencias verdaderas, lo que provoca sobrecarga, tardanza para la atención y utilización innecesaria de recursos materiales y humanos, en detrimento de la atención de emergencia real.

El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. El término *triage* o *triaje* es un neologismo que proviene de la palabra francesa *trier* que se define como escoger, separar o clasificar (Thompson & Stanford; 2010). Éste método surge de la necesidad de contar con un “instrumento confiable que facilite y permita determinar la complejidad del padecimiento, al mismo tiempo dar mayor objetividad al proceso, facilitar el desarrollo de las habilidades del médico para la evaluación del paciente, y establecer la prioridad de atención” (Thompson & Stanford; 2010; p. 59).

2.1.7. Uso inadecuado de los DE

Ninguna otra unidad asistencial ha evolucionado tan intensamente en los últimos 20 años como las áreas de urgencias. La principal razón de esta evolución ha sido un incremento progresivo de la demanda.

Los DE están sometidos a una importante presión asistencial, y entre las razones esgrimidas para explicar esta situación no parece estar en el aumento demográfico, sino los cambios socioculturales que durante las últimas décadas ha experimentado la población. Así pues, la situación de la atención en los DE es motivo de preocupación para políticos, gestores, la comunidad sanitaria y la sociedad en general, ya que en todos los países desarrollados se ha producido un fenómeno de crecimiento de su utilización que supuso en Estados Unidos un aumento de un 25% más en los últimos 10 años (Nokoff, Brunner, & Linakis; 2014).

Buena parte de este incremento se atribuye a un “aumento desproporcionado de pacientes que utilizan los DE de forma inadecuada, ya sea por problemas banales, de organización de otras áreas del sistema sanitario, por problemas sociales o simplemente, porque tienen más confianza en la efectividad de estos servicios que en la atención primaria (Nokoff, Brunner, & Linakis; 2014; p. 62).

Existe amplia variabilidad en la frecuencia de consultas a urgencias juzgadas como inadecuadas, que fluctúa entre el 24% y 79%. Las causas de tan importantes diferencias son variadas: Diferentes criterios para definir la inadecuación: explican gran parte de la variabilidad observada. Dependiendo de lo que se entienda por urgencia, así se valorará el concepto de urgencia inadecuada (Nokoff, Brunner, & Linakis; 2014). La valoración de inadecuación se realiza a través de tres alternativas:

- “1. Criterios subjetivos: basados en el juicio clínico de uno o varios expertos, en función del motivo de consulta y la impresión de gravedad.
2. Protocolos de triaje: se utilizan como filtros que clasifican a los pacientes asignando prioridades.
3. Criterios explícitos: en base a una serie de premisas que identifican la existencia potencial de un riesgo vital o la necesidad de pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas complejas que no pueden administrarse en otros dispositivos asistenciales. Numerosos factores se han señalado para justificar este uso inadecuado de los DE, tanto por parte de la demanda (envejecimiento progresivo, incremento de las enfermedades

crónicas, falta de cultura sanitaria, incorporación de la mujer al mercado laboral, aumento de la población, cultura de la inmediatez, nivel socioeconómico y cultural etc.) como de la oferta (incremento de la oferta, accesibilidad geográfica, nivel de aseguramiento, facilidad de acceso al sistema, etc.).” (Nokoff, Brunner, & Linakis; 2014; p. 65).

El conocimiento de la oferta de servicios, junto con el factor tiempo y las características de las actividades cotidianas del individuo o su situación vital, son los determinantes del tipo de atención solicitada. Cuanta más importancia tiene para el individuo el factor tiempo, más probabilidad existe para que acuda a un DE.

Los factores de índole social, familiar y laboral tienen una importancia esencial a la hora de movilizar a los pacientes a acudir por propia iniciativa a los DE. La cuestión para el usuario es reducir la incertidumbre frente a una percepción de necesidad derivada de un problema de salud. Cuando el paciente elabora un diagnóstico claro (con síntomas ya conocidos) no se otorga el carácter de gravedad y se decide acudir a un servicio u otro según el conocimiento de la oferta de servicios y de la situación vital del paciente.

2.1.8. La gestión de la calidad en salud

2.1.8.1. Atención integral en salud

La atención integral en salud, comprende tanto la prevención como la atención de algún suceso que ha generado un deterioro de las condiciones óptimas de salud y que debe ser atendido en una entidad prestadora de servicios de salud. Incluyendo en esta ruta todos los actores que participan en la conservación y mantenimiento del estado de salud del ser humano.

El significado de Salud, está considerado como un estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social. Es decir considera todas las facetas del ser humano para garantizar su felicidad.

Considerando que los aspectos relacionados con la prestación del servicio, es un tema altamente regulado por el Estado, en esta definición se considera lo establecido por el Ministerio de Salud en la normatividad en Colombia que la definió como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población” (MinSalud; 2014; p. 6).

La conservación y mantenimiento de un estado óptimo de salud, inicia con la realización y utilización del servicio de prevención y promoción, que conlleva el concepto de atención integral, trascendiendo así, los establecimientos de salud.

En cuanto a la prevención primaria establece el MinSalud (2014) que se deben desarrollar “actividades sanitarias realizadas por el personal de salud, por la comunidad o por los gobiernos antes de que aparezca una determinada enfermedad. En este marco conceptual es necesario reconocer que la gestión de calidad en la atención en salud en Colombia está referenciada en lo establecido por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), donde se espera que todas las acciones que se desarrollen estén orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos, los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados” (MinSalud; 2014; p. 18).

2.1.8.2. Calidad y Humanización

El sector salud es un aspecto fundamental en la determinación del bienestar y la calidad de vida de la comunidad. MinSalud (2014), define calidad y humanización como “imperativo

ético de la atención integral en salud; hace referencia a la obligación que tienen los actores que intervienen en dicha atención de garantizar la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención; respetando su condición y dignidad humana, reconociendo su contexto socio cultural y la diversidad poblacional y territorial que se expresa en la particularidad de su desarrollo” (MinSalud; 2014; p. 21).

MinSalud (2014) ha determinado una serie de lineamientos y herramientas de carácter técnicos para orientar la implementación de las acciones para todos los actores del sistema general de seguridad social en salud de acuerdo a su competencia con el propósito de garantizar la atención integral humanizada y con calidad a la primera infancia, infancia y adolescencia.

Entre las herramientas se encuentra los siguientes aspectos

- Lineamientos del método Canguro
- Reconocimiento de la atención integral
- Garantizar la atención integral humanizada y con calidad de la primera infancia, infancia y adolescencia

MinSalud (2014) tiene como propósito estratégico participar en la gestión de políticas públicas, mediante la articulación de las diferentes dependencias que lo conforman y la articulación intersectorial de los diferentes actores del Sistema de Gestion en Salud, lo cual tiene como premisas:

- a. Lograr mejores resultados en salud
- b. Mejorar la experiencia de los usuarios cuando entran en contacto con los servicios de salud
- c. Hacer mejor uso de los recursos disponibles en cada atención brindada

El reto es articular las acciones del sector salud y proveer un espacio protector centrado en las personas, que atienda las demandas del grupo poblacional en atención que cuenten con la efectividad, oportunidad y seguridad necesarias.

MinSalud (2014), manifiesta que “la calidad y la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando iniciar la vida en las mejores condiciones, mantenerse saludable en familia, vivir en la comunidad sana e informada de sus derechos y deberes en salud, detectar oportunamente la enfermedad y recuperar la salud, vivir con la enfermedad o la diversidad funcional con autonomía y respeto y enfrentar el final de la vida con dignidad” (MinSalud; 2014; p. 36).

Calidad y humanización de la atención en salud, se constituye en un imperativo ético que resulta del respeto por la dignidad humana, haciéndose necesario reconocer y analizar las implicaciones que la atención en salud tiene en la vida de las mujeres gestantes, en los niños, niñas, adolescentes y sus familias. Así mismo, MinSalud (2014) ha manifestado que “los niños son una prioridad para la sociedad y es así como la atención en salud deberá ofrecer una garantía de la calidad de los servicios, basada en imperativos éticos” (p. 26).

Desde esta perspectiva, MinSalud (2014) diseño y puso a disposición de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), diferentes herramientas que permitan conocer los avances y desarrollo en materia de atención en salud a este grupo específico. Estas son:

- Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en salud.
- Normatividad vigente relacionada
- Documentos de la estratégica
- Temáticas para la cualificación del talento humano entre ellos (Ayudando a los bebés a respirar, minuto de oro, transporte neonatal, guías de práctica clínica, lineamientos de atención como unidades de rehidratación oral comunitaria, unidades de atención en infección respiratoria aguda comunitaria, lineamientos del programa método Canguro, programa de prevención prematuridad, lineamientos de servicios de atención amigables para adolescentes, etc)
- Reconocimiento de atención integral con calidad a la primera infancia

- Buenas prácticas evidenciadas en procesos de atención de las instituciones prestadoras de salud y a las comunidades.
- Modelo de Evaluación de atención integral en salud para IPS, para personas naturales y estándares de acreditación.

Las anteriores herramientas propuestas por MinSalud (2014), deben ser aplicadas por las diferentes instituciones prestadoras de salud (EPS e IPS), para incidir en la toma de decisiones fundamentada en información objetiva, de tal manera que se procure considerar el mejoramiento de la calidad y humanización de la atención integral con la prestación del servicio en un tema prioritario y como aspecto fundamental para la garantía en el derecho a la salud de la población objetivo y transformar la cultura de la sociedad hacia la búsqueda de consensos mínimos que produzcan un mejor ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos y en especial de la población infantil en la atención de salud en el contexto de la calidad y humanización del servicio.

Para que una entidad prestadora de salud pueda determinar el estado de la situación de la calidad y humanización de la atención integral en salud, debe establecer una metodología que le permita realizar seguimiento, clasificando la actividad según los grupos poblaciones a quienes les presta el servicio, desde los siguientes criterios:

- Mujeres gestantes
- Niños y Niñas
- Adolescentes
- Familias
- Comunidades

En el anexo técnico de calidad y humanización de la atención en salud para mujeres gestantes, niñas y niños, MinSalud (2014) presenta las pautas que se deben implementar, de tal manera que le permita a la entidad prestadora del servicio de salud, comparar el servicio prestado de Atención Integral con la Atención de Salud, permitiéndole “identificar las brechas existentes entre las atenciones establecidas en la Ruta Integral de Atenciones, los planteamientos

relacionados con la atención de salud a infancia y adolescencia y la materialización de la atención en salud que actualmente oferta el sector, en el marco de la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, con miras a generar la adecuación necesaria para la garantía de la Atención Integral en Salud” (MinSalud; 2014; p. 46).

Cada institución prestadora de servicios de salud, debe dar cumplimiento a los aspectos establecidos en la ruta integral según el rol que desempeña en la misma. Para ello debe determinar la situación actual en la ruta de la prestación integral del servicio con calidad y humanización. Para ello debe especificar el estado de la aplicación de la política de primera infancia con relación a la atención integral, para ello debe realizarse un análisis de los siguientes aspectos:

- El reconocimiento de las mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos.
- La atención en la ruta integral con relación a las variables de calidad determinadas por el Ministerio de Salud y la Protección Social
- El nivel de cumplimiento de las variables para la prestación del servicio de salud integral con calidad y humanización
- La gestión realizada con la implementación
- Identificación de los procesos y procedimientos

La ruta integral de atención le permite a cada uno de los actores del sistema de salud, identificar desde su competencia el estado actual de su responsabilidad para gestionar el derecho a la salud de gestantes, niños, niñas y adolescentes.

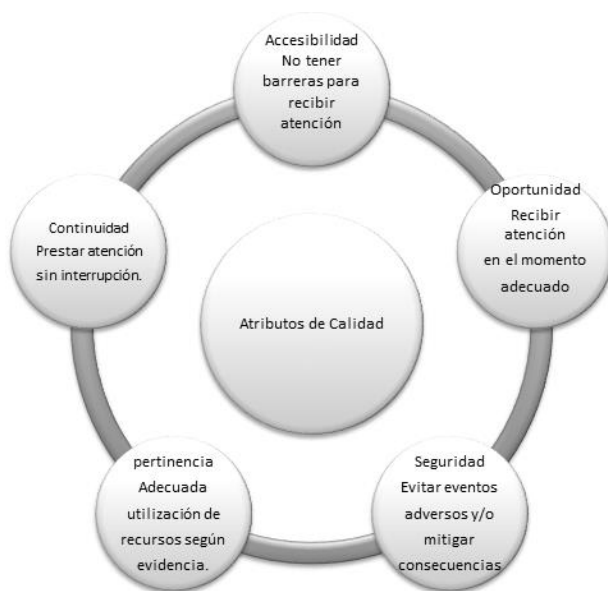
2.1.8.3. Atributos de calidad

Los atributos de calidad, son las variables o características que deben establecerse como inherentes al desarrollo del proceso de prestación integral del servicio de atención en salud.

De conformidad con lo establecido para determinar la calidad y humanización en la prestación integral del servicio de salud, son cinco (05) las variables de calidad sobre los

cuales se debe realizar el seguimiento para establecer las oportunidades de mejora y el consecuente plan de acción, estas son: accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad.

Figura 1. Atributos de calidad. Fuente. Anexo Técnico del Minsalud.



Fuente: Construcción propia, 2019.

- **Accesibilidad:**

Nivel de uso del servicio de atención en salud integral, sin ningún tipo de barrera que limite el acceso y mediante el cual se obtiene un nivel alto de satisfacción con el servicio obtenido.

- **Oportunidad**

La Atención Integral en Salud identifica e incide en la situación de salud, en el momento apropiado de tal forma que se favorezca la garantía del derecho a la salud en el tiempo requerido, sin demoras, sin dilaciones y sin limitantes.

- **Pertinencia**

La Atención Integral en Salud corresponde a la situación de salud, garantizando la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios

son menores que los beneficios potenciales. Esto exige personal que cuente con los conocimientos, capacidades y habilidades, así como con los recursos de estructura (instalaciones físicas, equipos, medicamentos, material médico quirúrgico, entre otros) y de proceso necesarios para que la atención responda a guías y normas técnicas basadas en evidencia.

- Seguridad

La Atención Integral en Salud evita la ocurrencia de eventos adversos prevenibles, y en caso de que se presenten mitiga sus consecuencias mediante la gestión continua de políticas, procesos y procedimientos. Demanda la identificación de los sucesos de seguridad que afectan la primera infancia, infancia y adolescencia; el análisis de sus causas y la gestión permanente del riesgo con políticas institucionales sostenibles.

- Continuidad

La Atención Integral en Salud ocurre de forma lógica y secuencial, sin ningún tipo de interrupción, procurando el logro de resultados en salud en mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes.

El análisis de las variables mencionadas, le permitirá a la entidad prestadora de servicio integral de salud, determinar el nivel de cumplimiento en el punto cero de la situación inicial, con esa información determinar las acciones a implementar para alcanzar los niveles óptimos de calidad y humanización en la atención integral como aspecto fundamental en la garantía del derecho a la salud.

2.1.9. Breve Reseña Histórica del Hospital Universitario del Valle - HUV

EL H.U.V. inicio operaciones en el año 1956, convirtiéndose en el sitio obligado de consulta de todos los habitantes del Suroccidente Colombiano, cuando apenas contaba con un mediano servicio de urgencias, siendo el único centro en la atención de emergencias de la Región. En el 73 se inicia la ampliación de los diferentes servicios cuya capacidad física era insuficiente. En la década de los 90, se desarrollan un total de 63 proyectos de modernización física y

tecnológica, con el apoyo del Ministerio de Salud, el Departamento del Valle del Cauca y la Secretaría de Salud. En su doble carácter docente y asistencial desarrolla proyectos alrededor de principios de calidad y eficiencia, a la vez que generaba programas diversos para capacitar a su Talento Humano en áreas administrativas, técnicas y de desarrollo humano, permitiéndose contar con personal que además de cumplir con los requisitos académicos y técnicos poseen características humanas y éticas que permiten altos niveles de compromiso con la misión del H.U.V., prueba de ello es el desarrollo continuo de la Institución y sus altos indicadores de producción (ver www.huv.gov.co).

Es importante mencionar que mediante el Decreto Departamental N°1807 del 7 de noviembre de 1995 el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” se transforma en Empresa Social del Estado, en cumplimiento al artículo 194 y 197 de la Ley 100 de 1993. Lo anterior convierte al HUV en una entidad pública descentralizada del orden Departamental adscrito a la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, artículo 195 de la Ley 100 de 1993. El HUV desarrolla una cobertura en todo el territorio del Departamento del Valle del Cauca, su domicilio y sede de sus órganos administrativos en la ciudad de Cali (ver www.huv.gov.co).

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque de la investigación: Cualitativo

3.2. Diseño de la Investigación: Fenomenológico

3.3. Alcance de la Investigación: Descriptivo Exploratorio

3.4. Identificación de Variables:

OBJETIVO	VARIABLES
Identificar epidemiología de urgencias reales y sentidas en el servicio de emergencias pediátricas del HUV	Tipo de Urgencia
Indagar la preferencia del paciente por la Sala de Emergencia o Consultorio de atención primaria	Motivo de Urgencia Tiempo de Evolución
Determinar los motivos por los cuales se prefiere un servicio determinado.	Tiempo de Espera
Identificar los factores sociodemográficos que intervienen en la percepción de urgencia.	Procedencia Grado de Escolaridad Edad Sexo Acceso a Atención Primaria
Relacionar la percepción de urgencia del usuario y la atención médica recibida	Destino

3.5. Población y muestra

- Población / universo: constituido por todos los padres o tutores de pacientes menores de 18 años de edad que acudieron a la emergencia pediátrica del Hospital Universitario del Valle.
- Área: área de filtro de la emergencia pediátrica del Hospital Universitario del Valle, en el periodo de septiembre de 2018 a enero de 2019
- Muestra: se seleccionaron 156 padres/tutores de manera no probabilística, incluyéndose a aquellos que cumplían con los criterios de inclusión y que no completaban los criterios de exclusión.

3.6. Criterios de selección

- Criterios de inclusión: se incluyeron a todos los padres o tutores de pacientes menores de 18 años de edad, sin distinción de género, que acudieron al área de filtro de la emergencia pediátrica, en horario de 7 am a 4 pm, de lunes a viernes.

- Criterios de exclusión:

Padres cuyos hijos hayan sido referidos de un centro de salud, médico privado u otro hospital.

Padres cuyos hijos sufrieron un trauma, intoxicación o aspiración de cuerpo extraño, aunque no haya requerido hospitalización.

Padres que hayan acudido durante fines de semana o en horario de 4 pm en adelante.

Padres o tutores que no acepten participar del estudio

3.7. Plan de recolección de datos

- Método de recolección: Los datos se obtuvieron mediante la entrevista directa de los padres o tutores de los pacientes que acudieron al área de filtro de la emergencia pediátrica.
- Técnica de recolección: los datos recabados se introdujeron en el formato de recolección de datos.
- Instrumento: se realizó un formato de recolección de datos, se trata de un cuestionario que recoge información sociodemográfica de los padres usuarios de la emergencia y además sobre la preferencia de utilización de éste servicio.

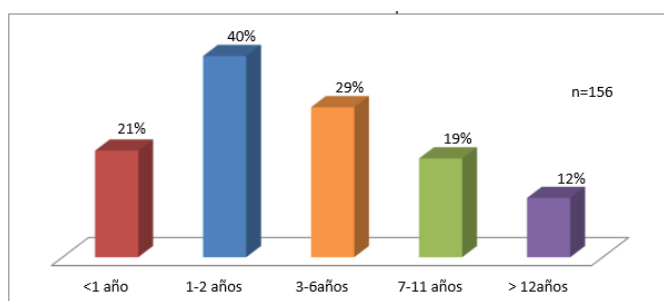
3.8. Plan de análisis

- Procesamiento de datos: Los datos recolectados se vaciaron en una base de datos y se procesaron electrónicamente, con el programa epidemiológico SPSS. Luego la información se sistematizó en tablas y gráficos según características de las variables utilizando además Microsoft Word y Excel 2013.

4. PERCEPCIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS – URGENCIAS PEDIÁTRICAS HUV

De los 118 niños, el 40% se encontraba entre 1 a 2 años, con una edad media de 4 años, moda de 3 años y desviación estándar fue de 4 años. La mínima fue de 17 días de vida y la máxima de 18 años. Un 61% de los casos se trataban de niños menores de 2 años de edad.

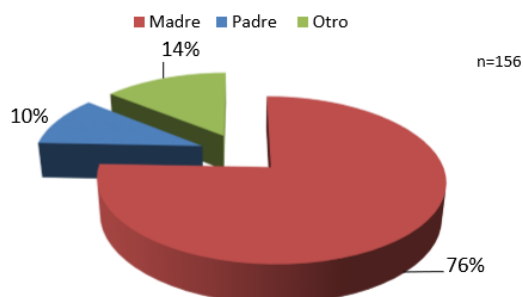
Gráfico 1. Edad de los pacientes.



Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

El 76% de los niños son llevados al DE por sus madres. En segundo lugar, por otro familiar y/o tutor en un 14% y en un 10% por sus padres.

Gráfico 2. Acompañante del paciente.



Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

El 52% de las madres se encontraban entre 20-30 años. Con una media de edad de 24 años. En cambio, el 38% de los padres que acudieron con sus hijos(as) eran mayores de 30 años, con edad media de 33 años.

Tabla 2. Edad de la madre

Edad / Criterio	Cantidad	Porcentaje
< 19 años	43	36%
20 – 30 años	61	52%
> 30 años	14	12%
Total	118	100%

Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

Tabla 3. Edad del padre

Edad / Criterio	Cantidad	Porcentaje
< 19 años	01	6%
20 – 30 años	09	56%
> 30 años	06	38%
Total	16	100%

Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

El 37% de las madres no había completado la primaria, el 25% si había culminado la primaria, el 15% tenía la secundaria incompleta y un 12% había completado la secundaria. El 10% eran analfabetas. De los padres el 50% había cursado la secundaria, sin haberla terminado por completo.

Tabla 4. Escolaridad de la madre

Categoría / Criterio	Cantidad	Porcentaje
Analfabeta	12	10%
Primaria incompleta	44	37%
Primaria completa	30	25%
Secundaria incompleta	18	15%
Secundaria completa	14	12%
Total	118	100%

Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

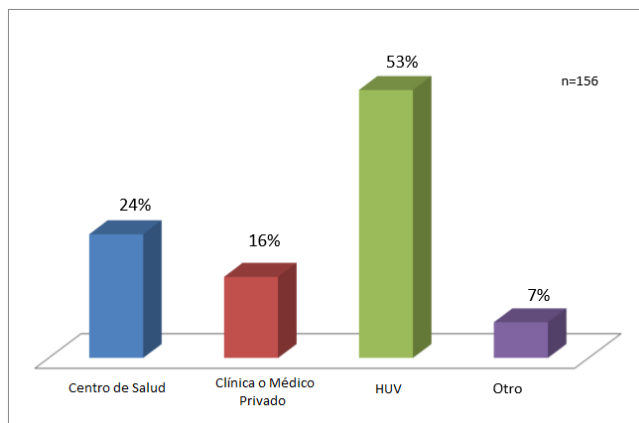
Tabla 5. Escolaridad del padre

Categoría / Criterio	Cantidad	Porcentaje
Analfabeta	01	6%
Primaria incompleta	05	31%
Primaria completa	03	19%
Secundaria incompleta	05	31%
Secundaria completa	02	13%
Total	16	100%

Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

El 53% de los padres refiere que acude a la emergencia del HUV, cuando su hijo requiere atención médica de rutina. El 24% prefiere acudir a un centro de salud, para atenciones rutinarias. El 16% llevan a sus hijos a una clínica o médico privado, y un 7% refirió diferentes razones, entre ellas, 3% no llevan a sus hijos a evaluaciones de rutina, sólo en casos de emergencia buscan atención médica, 2% refirió no tener médico de cabecera, 1% acudía con curanderos conocidos en su localidad y 1% prefería consultarlo primero con amigos o vecinos y automedicar.

Gráfico 3. Acompañante del paciente



Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

El 72% de los padres acudieron a la emergencia como primera opción durante enfermedad del momento, en lugar de llevarlo a algún centro de salud o médico privado. De éstos 113 padres, el 42% refirió que se debía a la cercanía de éste centro para acudir desde sus hogares.

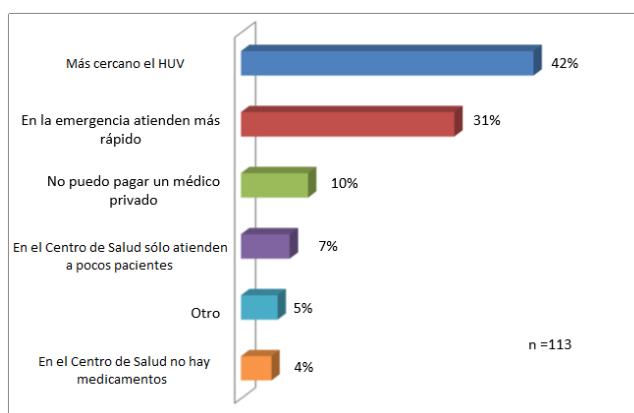
El 31% indicó que sentía que en la emergencia recibían atención más rápida. El 10% refirió falta de capacidad económica para pagar un médico privado. Un 7% dijo que su motivo para acudir a la emergencia era porque en el centro de salud anotaban pocos pacientes y que ya no tenían disponibilidad de cita, al igual que un 4% indicó que no acudía a los centros de salud por que no había medicamentos. El 5% restante dio razones diversas, así como; un 2% indicó que tenía mejor atención en el hospital, 1% porque siempre había llevado sus hijos a la emergencia y siempre se les atendía, 1% no conocía a que otro sitio podía llevar a sus hijos para atención médica y 1% restante no respondió.

Tabla 6. Acudió a otro Centro de Atención

Categoría / Criterio	Cantidad	Porcentaje
Si	43	28%
No	113	72%
Total	156	100%

Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

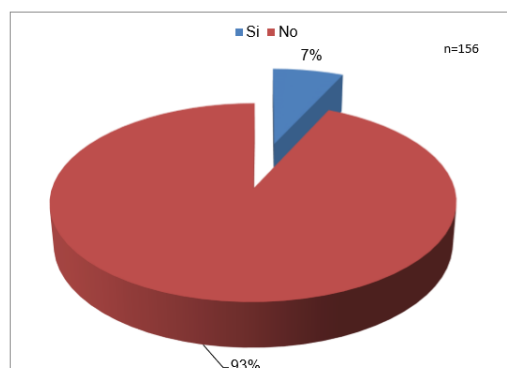
Gráfico 4. Razones para acudir/no acudir a un Centro de Atención Primaria



Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

Sólo un 7% de los pacientes contaba con seguridad social y a pesar de ello acudieron a la emergencia del H.U.V. La totalidad de ellos refirió que el motivo para no acudir a otro Centro de Salud era que no portaban los documentos que lo identificaban como cuenta-habiente o beneficiario.

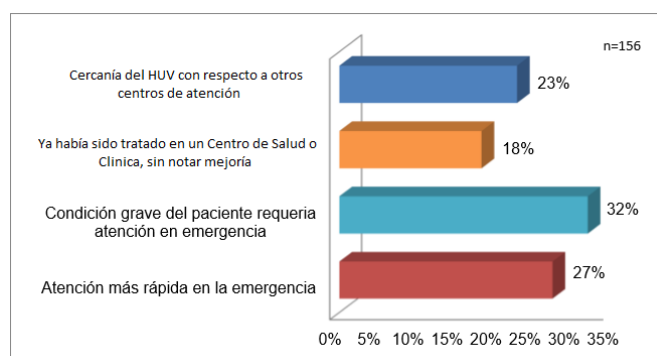
Gráfico 5. Pacientes beneficiarios o conocedores de serlo de algún régimen de salud



Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

El 32% de los padres refirió que el motivo para llevar a su hijo a la emergencia era porque la condición de salud de su hijo era muy grave y requería atención inmediata. El 27% consideraba que la atención sería más rápida en la emergencia. Un 23% consideraba que el HUV era más cercano con respecto a otros centros de atención. Y un 18% refería que buscaban atención en la emergencia por que ya había consultado por misma condición en otros centros de atención, sin notar mejoría de su hijo.

Gráfico 6. Razón para acudir a la Emergencia del HUV



Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

El 57% de los padres consideran que, si tuvieran la posibilidad de acudir a otro sitio de atención, llevarían a su hijo(a) a un consultorio. El 43% restante a un médico privado.

Tabla 7. Sitio de atención en lugar de acudir a la emergencia

Categoría / Criterio	Cantidad	Porcentaje
Consultorio	89	57%
Médico privado	67	43%
Total	156	100%

Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

Para la condición actual, el 73% consideran que la emergencia es el mejor sitio de atención.

Tabla 8. La emergencia es el mejor lugar de atención

Categoría / Criterio	Cantidad	Porcentaje
Si	114	73%
No	42	27%
Total	156	100%

Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

El 64% de los padres refirió que si hubieran tenido una cita en un consultorio médico, no habrían llevado a su hijo a la emergencia. Pero a pesar de ello, el 77% aún afirma que su hijo necesita atención urgente. Podría estar relacionado con el hecho que el 95% de los padres no ha recibido información sobre qué es una situación urgente, diferencia entre urgencia y tiempo de atención y cuáles son las condiciones que ameritan una atención en un DE.

Tabla 9. Acude a la emergencia, aún con cita en un consultorio médico

Categoría / Criterio	Cantidad	Porcentaje
Si	56	36%
No	100	64%
Total	156	100%

Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

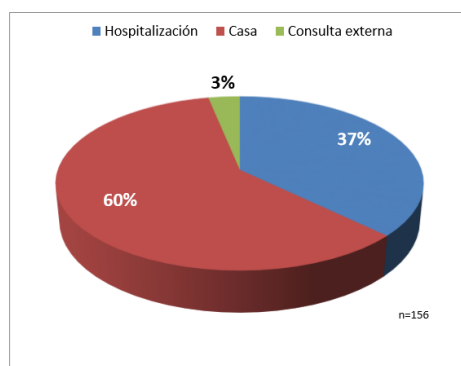
Tabla 10. Su hijo tiene una enfermedad que necesita atención urgente

Categoría / Criterio	Cantidad	Porcentaje
Si	94	61%
No	62	39%
Total	156	100%

Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

Para poder clasificar como urgencias reales o percibidas, se tomó en cuenta cuál fue la conducta médica con respecto a su condición. Si el paciente fue hospitalizado, se consideró una urgencia real y si fue enviado a casa o a consulta externa, se clasificó como urgencia percibida. De ésta manera, el 63% de los casos se trataron de urgencias percibidas y sólo el 37% de urgencias reales.

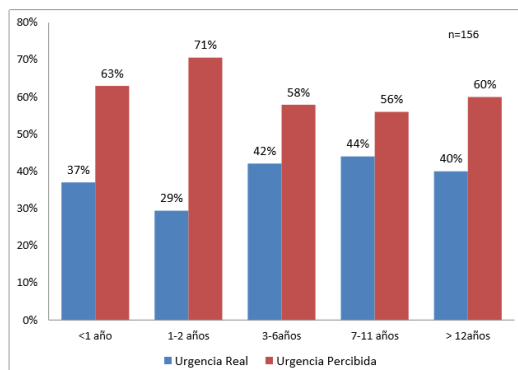
Gráfico 7. Destino del paciente / percepción de urgencia



Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

Al asociar la edad del paciente con la percepción de urgencia, se pudo observar que aquellos pacientes menores de 2 años solían ser catalogados como urgencias percibidas, en un 63,71% de los casos, comparado con 29-37% de urgencias reales. En cambio los pacientes mayores a esta edad, tenían tasas muy cercanas entre ambos tipos de urgencias.

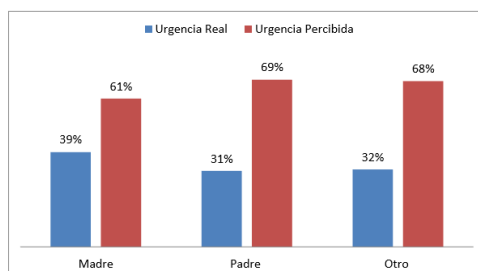
Gráfico 8. Relación entre la percepción de urgencia y la edad el paciente



Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

En el 39% de los pacientes que fueron llevados a la emergencia por sus madres, se catalogaron como urgencias reales y el 61% como urgencias percibidas. En cambio el 31% de los niños que fueron llevados por sus padres fueron clasificados como urgencias reales y el 69% como urgencias percibidas. Las madres podrían tener una mejor percepción de que condiciones son urgentes en comparación con los padres u otro familiar/tutor

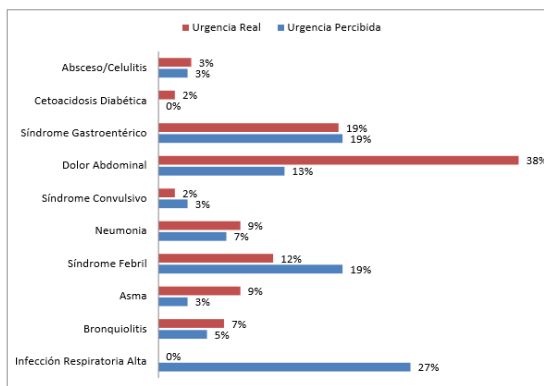
Gráfico 9. Relación entre la percepción de urgencia y el acompañante del paciente



Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

En cuanto a las condiciones médicas, la principal razón de consulta médica en el caso de la urgencias percibidas, fueron las infecciones respiratorias altas (27%), seguidas por los síndromes febriles y gastroentéricos (19% ambas). Sobre las urgencias reales, el motivo de consulta más frecuente fueron los dolores abdominales (38%), seguido por los síndromes gastroentéricos (generalmente asociados a algún grado de deshidratación o intolerancia a la vía oral) y en último lugar por los síndromes febriles (12%)

Gráfico 10. Percepción de urgencia y condición de consulta



Fuente: Construcción propia con datos autorizados por el HUV, 2019.

Del total de atenciones incluidas en el estudio, un 63% se trataron de urgencias percibidas o condiciones no urgentes, sólo 37% de ellas eran urgencias reales. Según lo anterior, los padres tienden a utilizar el servicio de urgencia cuando los niños presentan sintomatología que pueden ser manejadas en un consultorio de atención primaria. Esto podría explicar que la percepción de urgencia de los padres no está correlacionada con la evaluación médica del paciente.

Las madres fueron el familiar responsable de llevar al niño en busca de atención médica en la mayoría de los casos, seguido por otros familiares o tutores, y en último lugar los padres. El grado de escolaridad también fue un factor importante, ya que la mayoría de los padres sólo contaban con la primaria. Según Morrison (2014), entre menor es el grado de escolaridad y por tanto, de los conocimientos en salud que puedan poseer los padres, mayor es el riesgo que éstos acudan a un DE por una condición no urgente, y es en estos padres que deben realizarse intervenciones enfocados en informar sobre qué condiciones requieren atención urgente y de ésta manera reducir la utilización innecesaria del DE.

Al indagar cual es el sitio al que suelen llevar a sus hijos para atención de rutina, un 53% refirió que a la emergencia del HUV y consistente con ello, un 72% de los padres acudieron a dicha área sin haber consultado en otro sitio previo, ya sea centro de salud o consulta externa y la principal razón referida para acudir directamente a la emergencia fue porque les resultaba más cercano el Hospital. El análisis de los tipos de urgencias, permite establecer estrategias de acción para dar mejor calidad de atención. Un aspecto fundamental es el prevenir la sobreutilización de estos servicios, lo cual se da en situaciones donde el motivo de consulta pudiera resolverse en otros ambientes como un consultorio.

Al estudiar las urgencias percibidas, la principal razón de consulta médica fueron los cuadros respiratorios altos y los síndromes febriles. Morrison (2014), establece que la fiebre presenta un verdadero desafío para los cuidadores que tienen un nivel de conocimientos bajo. Ya que requiere establecer cuál es el valor numérico de la temperatura, reconocer y tratar adecuadamente otros síntomas; ya que suelen tener pobre entendimiento de la enfermedad y

suelen dosificar de manera incorrecta los antipiréticos, lo que conduce a un mal manejo de la fiebre en casa.

Con respecto a la edad de los pacientes, la mitad de los pacientes incluidos se trataban de niños menores a 2 años de edad; lo cual establece que entre menor es la edad del paciente, mayor es la probabilidad de asistir a una emergencia por una condición no urgente.

CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como propósito identificar la percepción de la atención de los servicios médicos en la unidad de emergencias pediátricas en el HUV, abordando igualmente la conceptualización de calidad y humanización en la prestación de servicios médicos desde la legislación en salud en Colombia.

Se logró identificar que las madres suelen ser los familiares responsables que acuden en busca de ayuda médica para sus hijos en la sala de emergencia. La baja escolaridad de los padres y la poca información sobre entidades clínicas que requieren atención de urgencia fueron factores frecuentes. La cercanía del hospital y la pronta resolución del motivo de consulta en la sala de emergencia, es un factor que los usuarios consideran importante para decidir acudir a éste servicio.

La atención brindada en las áreas de emergencia a pacientes que no requieren tal atención, podría favorecer a perpetuar el mal uso de éste servicio. Por lo tanto, se requiere de una reestructuración de los servicios de pre-consulta o preclínica para la aplicación de una clasificación óptima de pacientes antes de pasar al DE y esto ayudaría en gran medida al aprovechamiento máximo del servicio, derivando desde antes la entrada de pacientes que realmente lo ameritan.

Además, la estandarización en la educación para la salud a los padres en el manejo de los síntomas y signos que ameriten el tratamiento de los niños con síntomas y signos leves, puede reducir la tasa de consultas por urgencias sentidas. Para esto es importante realizar campañas informativas sobre qué condiciones ameritan atención en un centro de salud, consultorio de atención primaria o en una sala de emergencia, haciendo énfasis en las desventajas de un servicio de urgencia saturado.

Desincentivar el uso erróneo de las salas de emergencia al recibir sólo aquellos pacientes que acudan referidos desde un centro de 1° o 2° nivel de atención, o en todo caso derivándolo a

un consultorio de atención primaria. Separar el lugar donde se realiza el triaje, y donde se atiendan casos con urgencias reales de las percibidas según su clasificación inicial, podría definir rutas de descongestión en las urgencias pediátricas. Es importante desarrollar estudios que comparen la percepción de urgencias con la clasificación del triaje actual, implementado en la emergencia pediátrica a partir del 2019.

Teniendo en cuenta la normatividad vigente en lo relacionado con la humanización del servicio en salud, el ente territorial a cargo de la red hospitalaria del departamento, que corresponde a la Gobernación del Valle del Cauca, se ve obligado a cumplir a cabalidad lo establecido en el plan de desarrollo 2016 -2019 “El Valle está en vos” en la línea de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, con la finalidad de responder a sus necesidades e intereses.

Sin lugar a duda, la implementación del anexo técnico del Ministerio de Salud Colombiano, involucra a diferentes actores del orden territorial, como la Secretaria de Salud Departamental y Municipal, entidades prestadoras de servicios de salud del departamento del Valle del Cauca, por lo tanto, se constituye como un trabajo articulado con la red de salud hospitalaria del Valle del Cauca. La familia y la comunidad, también hacen parte de la atención integral en salud, constituyen un pilar fundamental dentro de las acciones que se lleven a cabo para la implementación tanto del anexo técnico como de las estrategias que se generen en pro de la primera infancia, infancia, adolescencia y juventud

Desde esta perspectiva, se puede concluir que el sistema de salud tiene fallas en la prestación del servicio en cuanto a la atención de la primera infancia, infancia y adolescencia. Por lo tanto hay que desarrollar estrategias que den resultados de calidad y humanización que permitan garantizar un excelente servicio.

BIBLIOGRAFIA

Adams HA. Medicina de urgencias: generalidades. In Adams HA, Flemming , Friedrich , Ruschulte. Medicina de Urgencias. Madrid: Panamericana; 2008. p. 2-12.

Bezem J, Theunissen M, Kamphuis M, Numans ME, Buitendijk SE, Kocken P. A Novel Triage Approach to Identifying Health Concerns. Pediatrics. 2016 March; 137.

Brousseau D, Mistry R, Alessandrini E. Methods of Categorizing Emergency Department Visit Urgency - A Survey of Pediatric Emergency Medicine Physicians. Pediatr Emer Care. 2006 Sept; 22.

Chan CL, Lin W, Yang N, Lai R, Huang HT. Pre-Emergency-Department Care-Seeking Patterns Are Associated with the Severity of Presenting Condition for Emergency Department Visit and Subsequent Adverse Events. PLOS One. 2015 June; 10.

Chen B, Cheng X, Bennett K, James H. Travel distances, socioeconomic characteristics, and health disparities in nonurgent and frequent use of Hospital Emergency Departments in South Carolina: a population-based observational study. BMC Health Services Research. 2015 May; 15.

Duke T. New WHO guidelines on emergency triage assessment and treatment. Lancet. 2016 February; 387.

Ellbrant J, Åkeson J, Åkeson P. Pediatric Emergency Department Management Benefits From Appropriate Early Redirection of Nonurgent Visits. Pediatric Emergency Care. 2015 February.

Fieldston ES, Alpern ER, Nadel FM, Shea JA. A Qualitative Assessment of Reasons for Nonurgent Visits to the Emergency Department. Pediatric Emergency Care. 2012 March; 28.

Gobernación del Valle del Cauca recuperado online:
www.valledelcauca.gov.co/planeacion/publicaciones.php?id=33665

He J, Hou Xy, Toloo S, Patrick JR, Fitz-Gerald G. Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding. *World J Emerg Med*. 2011.

Hoot N, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects and Solutions. *Ann Emerg Med*. 2008 Aug.

Kalidindi S, MAhajan P, Thomas R, Sethurama U. Parental Perception of Urgency of Illness. *Pediatr Emer Care*. 2010 Aug.

Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 November.

Kubicek K, Liu D, Beaudin C, Supan J. A profile of non-urgent emergency department usage in an urban pediatric hospital. *Pediatr Emer Care*. 2012 Oct.

Ministerio de Salud, 2014.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>

Morrison Aea. Low Caregiver Health Literacy is Associated with Higher Pediatric Emergency Department Use and Non-urgent Visits. *Academic Pediatric Association*. 2014 March.

Moskop JC, Sklar D, Geideman J, Schears R, Bookman K. Emergency Department Crowding, Part 1—Concept, Causes, and Moral Consequences. *Ann Emer Med*. 2009 May.

Nokoff N, Brunner AM, Linakis JG, Amanullah S. Presentation to Either the Pediatric Emergency Department or Primary Care Clinic for Acute Illness. *Pediatric Emergency Care*. 2014 March.

Pines JM, McCarthy ML. Interventions to Improve Quality in the Crowded Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*. 2011 December.

Ponce, J. Niños con problemas crónicos. Atención continuada de enfermería. *Revista Rol de Enfermería*. 1993.

Real Academia Española. Real Academia Española. [Online].; 2015 [cited 2018 junio 25]. Available from: <http://lema.rae.es/drae/?val=emergencia>.

Salami O, Salvador J, Vega R. Reasons for Nonurgent Pediatric Emergency Department Visits: Perceptions of Health Care Providers and Caregivers. *PEdiatric Emergency Care*. 2012 January.

Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*. 2010.

Thompson T, Stanford K, Dick R, Graham J. Triage Assessment in Pediatric Emergency Departments - A National Survey. *Pediatr Emer Care*. 2010 Aug.

Tudela P, Mòdol J. Urgencias Hospitalarias. *Med Clin*. 2003 Mayo.

Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. *Am J Manag Care*. 2013 Jan.

Vásquez I, Fuentes MdC. Relación de urgencias reales y sentidas en un Servicio de Urgencias Pediátricas. Arch Inv Mat Inf. 2011 Ene.